



Özel hastanelere talebi etkileyen faktörler

Factors affecting the demand for private hospitals

Ahmet Akyürek¹, Emine Orhaner²

¹Yönetici, Koru Hastanesi,

Çukurambar, Ankara

²G.Ü. İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü,
Beşevler, Ankara

Anahtar Kelimeler:

Sağlık Talebi, Sağlık Hizmetleri
Talebi, Sağlık Hizmetleri Piyasası

Key Words:

Health Demand, Demand for Health
Services, Health Services Market

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Ahmet Akyürek,
Özel Koru Hastanesi Çukurambar,
Ankara
ahmetakyurek82@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

22.11.2017

Kabul Tarihi/Accepted Date:

12.12.2017

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

28.12.2017

DOI:

10.5455/sad.13-1513939681

ÖZET

Sağlık sistemlerinin en önemli amacı, toplumun sağlığını geliştirmektir. Bu bağlamda son yıllarda sağlık hizmetlerine olan talep ve talebi etkileyen faktörlerle birlikte talep edenler daha dikkatli incelenmeye başlanmıştır. Ayrıca sağlık hizmetleri talebinin nelerden etkilendiği, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımında nasıl davranışlar gösterdiği, sağlık hizmeti planlayıcılarının ve sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarının araştırma alanlarına girmiştir. Bu çalışma; bireylerin hastalık şiddeti algısıyla sağlık hizmetleri kullanımını ve kullanımı etkileyen faktörleri tespit etmek ve bu faktörlerden algılanan hastalık şiddetinin hizmet kullanımı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Diğer taraftan sağlık planlanmasında, sağlık sektörüne ayrılan sınırlı kaynakların, etkin ve verimli kullanılabilmesi için bireylerin sağlık hizmetleri kullanım eğilimlerinin bilinmesinde yarar vardır. Bu durumda bireylerin sağlık arama ve kullanma davranışlarının anlaşılması önemlilik arz etmektedir. Ulusal ve uluslararası literatürde hastaların hastane tercihine etki eden faktörleri ortaya koymak adına birçok çalışma yapılmıştır.

ABSTRACT

The utmost aim of health services is to improve the public health. In addition to factors affecting the demand for private hospitals, demanding groups have been analyzed with more attention in recent years. Factors affecting the health demand and behaviors of individuals while receiving health services have been considered as research topics by health service planners and institutes and agencies which provide health services. This study aims to understand how individuals use health services with the perception of disease severity and influencing factors of these services, and the impact of disease severity perceived from these factors on service usage. On the other hand, in order to utilize limited resources allocated to health sector efficiently and productively, health service usage tendencies of individuals have to be understood. In this sense, it is important to understand the behaviors of search and usage of health services. In the national and international literature, various studies have been conducted to understand factors influencing the hospital choice of patients.

GİRİŞ

Sağlık, bireylerin yaşamına anlam ve değer katan unsurların başında gelmektedir. Her insanın sağlık ve hastalığı algılayış biçimi, bedeni ya da ruhi yapısındaki normal dışı semptomlara gösterdiği tepki farklılık göstermektedir. Sağlık ve sağlık hizmetlerine verilen önem toplumdan topluma göre değişmektedir. Bu değişkenler toplumsal değerler ve bu değerlere dayanan devlet politikalarına göre şekillenmektedir. Şekillenen bu politikalarla sağlık sisteminin yapısı, organizasyonu, finansmanı, maddi ve insani kaynakları ve sağlık hizmetleri sunumu bu değişkenlere göre belirlenmektedir.

Bireylerin temel hakkı olarak tanımlanan sağlık hizmetleri kullanımı sağlık sistemlerinin performanslarının değerlendirilmesinde ve sağlık sektörünün yeniden yapılandırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Kılıç ve Çalışkan, 2013). Sağlık hizmetleri kullanımı, toplumun sağlık düzeyinin

iyileştirilmesine katkı yapan en önemli faktörlerden biri olduğu için sağlık ekonomisi alanında da incelenmektedir (Andersen ve Newman, 1973). Ayrıca sağlık hizmetleri kullanımının ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi; sağlık hizmetlerinde geleceğe ilişkin planlamalar yapılması, toplumun sağlık statüsünün ve davranışlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde etkinliğin ve verimliliğin ölçülmesi gibi nedenlerle üzerinde önemle durulan bir konudur (Erdem ve Pirinçci, 2003).

Ayrıca, sağlık hizmetleri kullanım davranışının anlaşılmasına yönelik olarak bunu etkileyen faktörlerin araştırılması, sağlık düzeyi göstergelerindeki farklılıkların nedenlerini belirlemede rol oynamakta ve sağlık hizmeti kullanımını teşvik etmede kullanılacak politikaların yapımında yol gösterici olmaktadır (Kılıç ve Çalışkan, 2013).

Sağlık hizmetleri kullanımı; sağlıklı olma, sürdürme ve sağlık seviyesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak

amacıyla birey, aile ve toplumun koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları demektir (Şenol, 2006).

Diğer yandan sağlık hizmetleri kullanımı, hem arzın hem de talebin bir fonksiyonu olarak görülebilir. Sağlık hizmetleri sistemiyle temas kurmada etkili olan faktörlerin sosyo-ekonomik, fiziksel, kültürel ve demografik olduğu belirtilmektedir. Bununla beraber ilk irtibattan sonra kullanım hekim tarafından belirlenmekte ve hasta açısından alternatif tedavi maliyetleri, kurumsal bağlantılar, bilgi ve zaman açısından hekime olan maliyet gibi yeni faktörler devreye girmektedir (Erdem ve Pirinççi, 2003).

Sağlık hizmetini kullanımını açıklamak için Andersen tarafından 1968 yılında geliştirilen ve literatürde önemli yer tutan “Sağlık hizmetleri kullanımında davranışsal modeli” incelemek gerekmektedir. Bu model ilk ortaya atıldıktan sonra çeşitli evrelerden geçerek, çeşitli eklemelerle gelişip günümüze kadar gelmiştir.

Geliştirilen bu modele göre sağlık hizmetleri kullanımı temelde “eğilim”, “imkan”, “ihtiyaç faktörleri” olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Andersen, 1968; Andersen ve Aday, 1978; Rebhan, 2011; Thompson, vd., 2006; Hoerster vd., 2011). Bu üç faktör bazı çalışmalarda “hazırlayıcı ya da kişisel”, “kolaylaştırıcı” ve “gereksinim” ya da “ihtiyaç” faktörleri olarak ta ele alınmaktadır.

a) Hazırlayıcı Faktörler. Kişilerin sağlık hizmeti kullanma eğilimleri olarak adlandırılacak hazırlayıcı faktörler, kişilerin var olan kişilik özellikleri tarafından belirlenmektedir. Hazırlayıcı faktörler bir kişinin bir hizmete ihtiyaç duymasını ve o hizmeti kullanmasını hazırlayan tüm etmenler yani bireyin sağlık hizmetleri kullanım eğilimi olarak tanımlanmıştır (Andersen ve Newman, 1973; Andersen ve Aday, 1978).

Bazı bireylerin diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim belli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel belirleyiciler tarafından belirlenir. Hazırlayıcı faktörler bireyin demografik özellikleri, sosyo-ekonomik özellikleri, sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranış özelliklerini içermektedir. Bu faktörlerin özelliği, dolaylı olarak daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya olan eğilimi teşvik etmeleridir (Andersen ve Newman, 2005; Aday ve Andersen, 1981; Kısa, 2002; Hodgins ve Wuest, 2007).

b) Kolaylaştırıcı Faktörler. Bireyler sağlık hizmeti kullanmaya ne kadar hazırlıklı olsalar da hizmetten yararlanmaları için bazı imkânların mevcut olması gereklidir. Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına imkân tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Hizmetleri alabilme durumu önemlidir ve kişiler sağlık hizmetlerinin sadece elde edebilecekleri kadarını alabilirler. Kaynaklar yeterince varsa ve hizmetlerin fiyatı düşükse, bu hizmetler toplum tarafından daha sık kullanılabilir (Kavuncubaşı, 2000;

Kısa, 2002).

Bireylere sağlık hizmeti kaynaklarını daha ulaşılabilir yapan bu faktörler, hane halkı (aile) ve toplumsal (kamusal) düzeyde olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Hane halkı geliri, sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı, düzenli ve yeterli bir gelir kaynağına sahip olma, bu kaynağa erişim durumu ailesel düzeyinde kolaylaştırıcı faktörler içerisine girmektedir. Bunun yanında, sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının nüfusa oranı, sağlık hizmetlerinin fiyatı, bir ülkenin bölgelerinin gelişmişlik düzeyi arasındaki farklılıklar ile kıır/kent özellikleri kamusal düzeydeki kolaylaştırıcı faktörler içerisinde değerlendirilmektedir (Andersen, 1968; Andersen ve Newman, 2005).

c) Sağlık İhtiyacı Faktörleri. Andersen’in geliştirdiği modele göre ihtiyaç faktörleri algılanan ve değerlendirilen olarak ikiye ayrılmaktadır. Algılanan/hissedilen ihtiyaç, kişinin kendisi tarafından belirlenen sağlık ihtiyacı, hissedilen veya algılanan sağlık ihtiyacı olarak adlandırılmaktadır. Bu ihtiyaç, kişilerin duygu, düşünce ve algılamaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Algılanan sağlık ihtiyacı, kişilerin kendi sağlık ihtiyaçları hakkındaki görüş ve algılamalarıyla sınırlı olduğundan, kişiler varlığından haberdar olmadıkları herhangi bir sağlık problemini ya da sağlık hizmetini ihtiyaç olarak algılamakta zorluk çekebilirler. Bu nedenle algılanan sağlık ihtiyacı bazen subjektif ihtiyaç olarak nitelendirilmektedir (Andersen, 1995; Top, 1999; Andersen ve Newman, 2005).

İhtiyaç kavramı içerisinde yer alan hastalık seviyesi ve hastalığın algılanması sağlık hizmetlerini kullanmanın doğrudan sebebidir veya yönlendiricisidir. Diğer koşullar tam olarak oluşa bile sağlık hizmetlerinin kullanılabilmesi için bireyin ya da ailesinin hastalığın ya da hastalanma olasılığının farkına varması gerekmektedir (Mooney, 2003; Çelik, 2011).

İhtiyaç oluşup, güçlenip, hastada karşılanması gerektiği yönünde yeterince baskı yapınca, hasta harekete geçer ve ihtiyacını karşılama yollarını araştırır. Ancak aynı sorunla karşılaşan iki hastanın çoğu zaman birbirinden farklı davrandığı görülür. Örneğin biri hemen bir sağlık kuruluşuna başvururken, diğeri adeta kaçır. Bunun nedeni, onların içinde buldukları durum veya ortamı farklı biçimlerde algılamalarıdır (Karafakıoğlu, 1998; Tengilimoğlu, 2012). Ayrıca hastalık algılaması kişilerin bireysel özelliklerine, toplumlara ve kültürlere göre farklılık gösterebilir.

Değerlendirilen ihtiyaç, sağlık uzmanları veya profesyonellerinin kişisel bilgi ve becerilerine göre belirledikleri sağlık ihtiyacıdır (Top, 1998; Andersen ve Newman, 2005; Babitsch, 2012). Kişi sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunun farkına vardığından sonra bunu gidermeye yönelik sağlık hizmeti talebinde bulunduğu takdirde talep ettiği hizmetin gerekli olup olmadığına veya hangi tür sağlık hizmeti gerekli olduğuna karar

verecek kişi bu noktada hekimdir. Bu kapsamda kişinin sağlık hizmeti talebine karşılık hekim tarafından belirlenen bu ihtiyaç değerlendirilen ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır (Erdem ve Pirinçci, 2003).

Burada algılanan sağlık ayrı bir önem teşkil etmektedir. Nedeni ise bireylerin sağlık arama ve kullanma davranışını önemli düzeyde etkilemesidir. Ayrıca algılanan sağlık düzeyi sağlık hizmetlerinin planlanmasında, kullanımında ve talebinde en önemli belirleyici ve yönlendirici faktör niteliğindedir. Diğer yandan algılanan sağlığı etkileyen sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve demografik faktörlerin çoğu aynı zamanda sağlık hizmeti kullanımını da etkileyerek sağlık ihtiyaçlarının sağlık talebine dönüşmesini engelleyebilmektedir. Bütün bu faktörlerin etkisiyle rahatsızlığı olan kişilerin büyük bir bölümü ya hiç yardım aramamakta ya da sağlık hizmeti kullanımı dışındaki yardım arama kanallarına yönelmektedirler (Şenol, 2006).

Ülkemizde özel sağlık işletmelerinin sayısının her geçen gün artması, yoğun bir rekabet ortamının yaşanmasına ve doğal olarak daha kaliteli hizmet verilmesi gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Çünkü kaliteli sağlık hizmetleri hem bireysel, hem de toplumsal yapıyı derinden etkilemektedir. Kaliteli sağlık hizmetleri bireylerin mutluluğuna, işletmelerin verimliliğine ve ülkenin kalkınmasına kadar uzanan sarmal bir ilişki yaratır. Bu yüzden sağlık işletmelerinde sağlanan hizmetin kalitesi sadece hastalar açısından değil, devlet kurumları ve hükümetleri de ilgilendiren önemli bir konudur.

Günümüzde gerek üretim, gerekse hizmet sektöründe hizmet kullanıcılarının eğitim durumlarının ve gelirlerinin artması aynı zamanda istek ve/veya beklentilerinin de sürekli artmasına ve değişmesine neden olmaktadır. Bu durum hizmet kullanıcıları durumunda olan hastalar için de geçerlidir. Hastaların beklentilerine yönelik ve/veya beklentilerinin üstünde hizmet almaları, memnuniyetlerini sağlamada güçlü bir argüman olmaktadır. Dolayısıyla sağlık işletmeleri hasta memnuniyetinin ölçümü, sadece hastaların sunulan hizmetten memnun olup olmadıklarını belirlemek için değil aynı zamanda sağlık kuruluşlarının kendi performanslarını da değerlendirmeleri amacıyla kullanılır. (Varinli ve Çakır, 2004)

Bireylerin çoğunlukla sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmeti sunan bir kuruluşa başvurarak verilen tedaviyi kullanmaları beklenir. Oysaki sağlık hizmeti arama kararı ve kullanımının çok farklı faktörlerin etkisi altında olmasının yanında yoğun ve kapsamlı bir süreç olması, bu beklentinin her zaman istenilen miktarda karşılanmasını engellemektedir. Ayrıca bu süreçte bireylerin hastalık algısıyla sağlık hizmetleri kullanımı davranışı arasında yakın bir ilişki görülmektedir. Bireyler hastalandıklarında sağlık hizmetleri kullanımı davranışını hastalık algılarına

göre değerlendirdikleri söylenebilir. Bu davranışları etkileyen bireylerin içinde buldukları duruma göre bazı faktörlerin olduğu öngörülmektedir.

SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASININ TEMEL ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri arz ve talebinin etkileşim içerisinde olduğu sağlık hizmetleri piyasası, sağlık hizmetlerinin taşıdığı özellikler nedeniyle kendine özgü özelliklere sahiptir.

a) Sağlık hizmetleri piyasasında heterojenlik

Sağlık hizmetleri piyasası, heterojen özellikler taşıyan mal ve hizmet piyasalarıdır. Sunulan malın heterojen olması, piyasa hakkında tüketicilerin eksik ve yetersiz bilgiye sahip olmalarına, sağlık hizmetlerinin tüketimi konusunda rasyonel tercihler yapamamalarına ve düşük fiyatın daha iyi bir tüketimin mi yoksa daha kalitesiz bir malın göstergesi olduğu hakkında kesin bir yargıya varamamalarına neden olmaktadır (Altay, 2007). Sağlık hizmetlerinin farklılaşmaya ve çeşitlendirmeye uygunluğu, belirli bir bilgiye ve yeteneğe sahip olan doktorun veya belirli bir teknoloji ve tedavi gücüne sahip olan sağlık kuruluşunun tekel gücü oluşturmalarına neden olmaktadır (Ünal, 2011). Kısıtlı bilgi ve hizmetlerin heterojenliği araştırma ve değiştirme maliyetlerine neden olan en önemli faktörler arasındadır (Hodgson, 2008). Her hizmet sunucu, hastanın diğer doktorlara yönediklerinde kendini rahat hissedebileceği yeni bir doktor bulmak için gerekecek zamandan, yeni doktorun kalitesi hakkındaki belirsizlikten ve yeni doktorla hastanın tıbbi geçmişini ve durumunu belirleyebilmek için gerçekleşecek ek ziyaretlerden kaynaklanan ek maliyetler nedeniyle kendi hastalarına tekel gücü uygulamaktadırlar (Jack, 1999).

b) Piyasaya girişte sınırlamalar

Doktorların görevlerini yerine getirebilmeleri ya da sağlık kuruluşlarının faaliyetlerini sürdürebilmeleri için lisansın veya diplomanın zorunlu olması ve alınan yeterlilik niteliğindeki belgelere göre hizmet verilip verilmediğinin denetlenmesi, sağlık piyasalarına girişi sınırlayan önemli faktörler arasında yer almaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

c) Arz ve talep arasındaki dengesizlik

Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin heterojenliği, üretici ve tüketici arasındaki bilgi dengesizliği, sağlık piyasalarındaki üreticilerin kendi aralarında anlaşabilmeleri ve ortak hareket etmelerine karşın, talebi belirsiz olan tüketicilerin piyasada talep baskısı oluşturamamaları sağlık hizmetleri arz ve talebi arasında dengesizliğe yol açmaktadır.

Talep genişlemesi durumunda, hastalar denge fiyat düzeyini ödemeye razı olsalar da doktorlar arzı gerçekleştirememekte, fiyatların yükselmesi de bu durumu sağlayamamaktadır. Arz genişlemesinde ise doktorlar talep edilen miktara göre çok daha fazla arzda bulunmakta, doktorlar fiyatları düşürmenin kendilerine avantaj sağlamayacağına inanmaktadırlar. Fiyatlar arasındaki bu dengesizlik, sağlık piyasalarının tam rekabet piyasalarından uzaklaştığını açıkça göstermektedir (Mutlu ve Işık, 2012).

d) Ölçek ekonomisi ve doğal tekel

Hastane hizmet üretimi, sabit yatırımın yüksek olmasından dolayı ölçek ekonomilerine uymakta, buna bağlı olarak işletme ölçeği büyüdükçe maliyetler azalmaktadır (Ünal, 2011). Ölçek ekonomisinin varlığından kaynaklanan tekel durumu doğal tekel olarak ifade edilmekte, daha büyük işletmelerde sabit maliyetlerin ürünler arasında dağıtılmasıyla birim üretim başına maliyetin düşmesi sonucunda diğer firmaların piyasadan çıkması ve piyasada tek bir firmanın kalması şeklinde tanımlanmaktadır (Yıldırım, 1999). Tekel gücü yerel piyasalarda da ortaya çıkmakta, piyasa küçük olduğu için arz edenlerin az sayıda olması ve sadece bir üreticiye izin verilmesi durumu coğrafi tekel olarak ifade edilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012). Bu durum, metropol kentler dışındaki yerlerde hastanelerin ve diğer hizmet arz edenlerin az sayıda veya tek olması durumunda, bölgedeki hastane veya bireysel hizmet sunucuları olan doktorların sağlık hizmeti tüketicileri karşısında tekel gibi davranmaları sonucunu doğurmaktadır (Ünal, 2011).

e) Bilgi maliyetlerinin varlığı, tüketici rasyonalitesi ve egemenliğinin olmayışı

Yüksek bilgi maliyetleri sağlık piyasalarının en önemli özellikleri arasında yer almaktadır ve sağlık piyasalarının önemli bir bölümü bu nedenle etkin bir biçimde çalışmamaktadır (Mutlu ve Işık, 2012). Hastalıkların oluşma süreci, ortaya çıkışı ve olası sonuçlarını bilmek yoğun bilgi gerektirmekte, bilim ve teknoloji ilerledikçe sağlık ortamında ve insanın sağlık donanımında meydana gelen ani belirsizlik durumunda bilgilenmenin zorluğu ve maliyeti daha da artmaktadır (Ünal, 2011). Birey, hissettiği rahatsızlıklara ait bulgulardan hareket ederek bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda kendisine sunulabilecek teşhis ve tedavi hizmetleri konusunda eksik bilgiye sahip olmakta, sağlık hizmetlerine düzenli olarak harcama yapılmadığından tüketicinin rasyonel değerlendirme olanağı sınırlı kalmakta dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasasında tüketici egemenliği geçersiz olmaktadır (Çalışkan, 2008). Öte yandan, sağlık bakımında bazı durumlarda rasyonelite işlememekte, bazı hastalar tedaviyi reddetmekte, elde edilebilir sağlık bilgisinin artmış olmasına karşın tüketiciler halen bilgilendirilmiş seçim yapma ehliyetine sahip

olmamaktadırlar (Yıldırım, 1999).

SAĞLIK HİZMETLERİ PİYASASINDA TALEP VE TALEBE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Sağlık hizmetlerine yönelik talep ile diğer mal ve hizmetlere yönelik talep arasında sağlık hizmetlerinin kendine özgü taşıdığı özellikler nedeniyle farklılıklar bulunmaktadır. Piyasa ekonomisinde tüketimi yapılan diğer bir mal veya hizmet, tüketiciye aynı fayda düzeyini sağlarken, sağlık hizmetleri tüketiminde tüketicinin elde edeceği fayda düzeyleri arasında önemli farklılıklar ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik talebi, diğer mal ve hizmetlere yönelik talepten ayıran bir diğer özellik, sağlık hizmetlerine yönelik talebin türetilmiş bir talep olmasıdır. Sağlık hizmetlerine yönelik talebin türetilmiş bir talep olmasının nedenleri arasında, sağlık talebinin bir sonucu olarak ortaya çıkması, sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan birbirleriyle ikame edilebilir girdilerin talebinden bağımsız olarak ele alınamaması ve tüketicilerden daha çok doktorlar tarafından belirlenmesi, yer almaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

a) Fiyatlar

Sağlık hizmetleri fiyatlarının artması, sağlık hizmetlerine yönelik talebi düşürmektedir (Santerre ve Neun, 2010). Bazı araştırma sonuçlarına göre, sağlık hizmetleri talebinin fiyata olan duyarlılığının esnek olmasa bile tam katı olmadığı ifade edilmiştir (Çelik, 2011). Öte yandan, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından ücretsiz karşılandığı veya zorunlu sağlık sigortası kapsamında ücretsiz olarak sunulduğu durumlarda, birey açısından sağlık hizmetlerinin fiyatı sıfıra düşecek ve bu durum fiyatın talep üzerinde etkisiz olması sonucunu doğuracaktır (Mutlu ve Işık, 2012).

b) Gelir düzeyi

Sağlık hizmetleri genellikle normal mal olarak kabul edildiğinden, gelirden meydana gelen bir artışın sağlık hizmetlerine yönelik talebi artıracığı ifade edilmektedir (Santerre ve Neun, 2010). Gelirden meydana gelen artışlar, sağlık hizmetleri tüketimini başlangıçta artırırken, doyum noktasında sonra tüketim sabit hale gelecektir fakat ertelenmiş ve yüksek maliyetli olan sağlık hizmetlerine yönelik talep ise bu değerlendirmenin dışında tutulmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012). Son zamanlarda, sağlık hizmetlerinde sigortanın varlığının artması, gelirin sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerindeki etkisini azaltmıştır. (Henderson, 2005)

c) Zaman maliyeti

Bireylerin sağlık kuruluşuna ulaşım sırasında ve sağlık kuruluşunda muayene olana kadar harcadığı sürenin değeri olarak ifade edilen zaman maliyeti, bireyin bu sürede çalışmış olsaydı kazanacağı ücretin ve sağlık kuruluşuna ulaşım sırasında ve sağlık kuruluşunda

muayene olana kadar harcadığı sürenin birbiriyle çarpılmasıyla hesaplanmaktadır (Jacobs, 1991). Bireyin tedavi olmak için katlanması gereken toplam maliyet ise muayene ücretinin de eklenmesiyle hesaplanmaktadır (Jacobs ve Rapoport, 2004).

d) Sağlık düzeyi ve hastalığın ciddiyeti

Bireylerin sağlık düzeyi, sağlık hizmetine yönelik talebi belirleyen en önemli nedenler arasında yer almaktadır. Sağlık düzeyinin kötüleşmesi, bireyin kullanmak istediği sağlık hizmeti miktarında artışa neden olacaktır (Çelik, 2011).

e) Sağlık sigortası sahipliği

Sağlık hizmetlerine yönelik talebin ve hasta olduğunda katlanılacak maliyetin belirsizliği sağlık sektöründe sigorta kuruluşlarının varlığını beraberinde getirmiş ve sağlık sigortası sahipliği cepten yapılacak ödemeleri düşürmek yoluyla sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırıcı yönde etki yapmıştır (Henderson, 2005; Çelik, 2011). Bir başka deyişle, sağlık sigortası sahipliği bireylerin karşılaştığı efektif fiyatları düşürerek sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta ve bireyleri sağlık hizmetleri fiyatlarına karşı daha az duyarlı hale getirmektedir (Dewar, 2010; Getzen, 2007).

f) Demografik faktörler

Sağlık hizmetlerine yönelik talebi etkileyen faktörler arasında yer alan yaş, cinsiyet, hane halkı büyüklüğü, medeni hal ve eğitim düzeyi, sıralanabilir.

Yaşlılık ile sağlık hizmetlerine yönelik talep arasındaki pozitif ilişkiyi ortaya konmuştur (Folland vd., 2007). Kadınların sağlıklarına erkeklerden daha fazla önem vermesi, annelik özellikleri ve kadınlara özgü hastalıkların varlığı, sağlık hizmetlerine yönelik taleplerinin erkeklere oranla arttığını göstermektedir (Bertakis vd., 2000; Mutlu ve Işık, 2012).

Hane halkı büyüklüğünün sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerinde etkisine dair bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bir görüşe göre, hanedeki birey sayısının artması özellikle de çalışabilecek durumda olan bireylerin sayısı artması, sahip olunan gelir düzeyini artıracak ve bu durum sağlık hizmetlerine yönelik talebi artıracaktır (Bolduc vd., 1996; Tembon, 1996). Diğer taraftan, hanedeki birey sayısının artması kısıtlı olan kaynakların daha fazla birey tarafından paylaşılmasına ve beslenme ihtiyaçlarının tam olarak karşılanamamasına neden olacak ve bu durum bireylerin hastalığa yakalanma riskinin artması yoluyla sağlık hizmetlerine yönelik talebin artmasına neden olacaktır (Muriithi, 2013). Diğer bir görüşe göre ise, hanedeki birey sayısının artması, kişi başına düşen gelirin azalmasına ve dolayısıyla sağlık hizmetine yönelik talebin azalmasına neden olacaktır (Tembon, 1996).

Medeni halin sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerinde etkisine dair farklı görüşler mevcuttur. Bir

görüşe göre, bekâr bireylerin genellikle evli bireylere oranla sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları ifade edilmektedir (Feldstein, 2005). Bir birey için evde sağlık hizmetlerini alabileceği bir kişinin varlığı, kişinin bu durumu hastanede kalacağı gün saat veya tedaviye tercih edebileceği ifade edilmektedir (Mutlu ve Işık, 2012). Diğer bir görüşe ise, evlilik sonrasında değişen yaşam biçimi, hastalık/sağlık farkındalığı, hamilelik, doğum vb. faktörler nedeniyle evlilik, sağlık hizmeti kullanımını artırmaktadır (Şenol vd., 2010).

Eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerindeki etkisine bakacak olursak, eğitim düzeyinin yükselmesi hastalıkların belirtilerinin erken teşhisi ve değerlendirilmesi sonucunda tedavinin daha erken başlaması sonucunu doğurmakta ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik talebin artmasına neden olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012). Öte yandan, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik talepte meydana gelen artış ve bu alana yönelik harcamaların artması, sonraki dönemler için hastalık riskini azaltacak ve bu durum tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların azalması sonucunu doğuracaktır (Feldstein, 2005). Dolayısıyla, eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerindeki toplam etkisinin bu iki ters yönlü etkinin büyüklüğüne bağlı olduğu söylenebilir.

g) Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi

Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde meydana gelen bir artış, sağlık hizmetlerine yönelik talepte bir artışı beraberinde getirecektir (Santerre ve Neun, 2010). Hastalar açısından doktorun eğitimi, alanında uzman olması, tedavi için ayırdığı zaman ve diğer tıbbi personelin ilgisi sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçüsü olarak gösterilen unsurlar arasındadır (Phelps, 2003).

KAMU VE ÖZEL HASTANELERİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Bir hastanenin özel ya da kamu hastanesi olma durumu maliyet ve kalite ile ilgili birçok konuda farklılığı beraberinde getirecektir. Örneğin hastalar kamu hastanelerinde daha az maliyete katlanmaktadır ancak özel hastanelerde bekleme sürelerinin daha kısa olması gibi katlanılan parasal olmayan maliyetler daha düşüktür (Adaman vd., 2009). Çoğu zaman kamu hastaneleri hükümet tarafından uygulanan baskılarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Fabnoun ve Chaker, 2003). Sonuçta hastalar özel hastaneleri daha az kalabalık olmaları, hizmet sunum sürecinde daha hızlı davranmaları nedeniyle daha çok tercih etmektedirler ve her geçen gün beklentileri daha da artan sağlık hizmetleri tüketicileri daha kaliteli sağlık hizmetlerine kavuşmak için uzak mesafelere gitmeyi göze almaktadırlar (Fabnoun ve Chaker, 2003).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin kamu ya da özel hastane tercihi üzerindeki etkisi incelendiğinde gelişmiş ülkelerde katlanılan parasal olmayan maliyetlerin (bekleme süreleri gibi) daha düşük, sunulan hizmet

kalitesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre gelişmiş ülkelerde hastaların hastane seçimini belirleyen başlıca faktörlerden birisi sağlık sigortasına erişebilme derecesidir (Adaman vd. 2009). Srivastava ve Zhao (2008) özel sağlık sigortasının kamu ve özel hastane seçimi üzerindeki etkisini inceledikleri araştırma sonucunda gelir düzeyi ve özel sağlık sigortasına sahip olmanın özel hastane seçimi üzerinde önemli ölçüde rol oynadığını belirtmişlerdir. Aynı araştırma sonucunda bakım kalitesine yönelik algılar ile sağlık hizmetlerine erişim maliyetlerinin, özel ya da kamu hastane tercihini etkilediğinden de söz edilmiştir.

Diğer taraftan kamu ve özel hastanelerde sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi birçok araştırmacının ilgisini çeken bir konu olmuştur (Taner ve Antony, 2006; Fabnoun ve Chaker, 2003; Camilleri ve O'Callaghan, 1998; Andaleeb, 2000; Herber ve Ashkanasy, 1997; Rose vd., 2004; Berendes vd., 2011). Bunlar arasında yer alan Camilleri ve O'Callaghan (1998) özel ve kamu hastanelerinde hizmet kalite göstergelerini aşağıda görüldüğü gibi tabloşturmuştur. Buna göre hem kamu hem de özel hastanelerde hizmet kalite göstergelerinin en üst sırasında profesyonel ve teknik bakım yer almaktadır. İkinci sırada ise kişiye özel hizmet sunumu yer almaktadır. Bu tabloya göre kamu ve özel hastaneler hizmet kalite göstergelerinden fiyat konusunda farklılaşmaktadır. Fiyat, kamu hastaneleri için hizmet kalite göstergeleri arasında üçüncü sırada yer alırken, özel hastaneler için en son sırada yer almaktadır.

Özel ve kamu hastanelerinde sunulan bakım hizmetlerinin kalitesini konu edinmiş olan bir diğer araştırmada Taner ve Antony (2006) Türkiye'de bulunan

özel ve kamu hastanelerini hizmet kalitesi bakımından karşılaştırdıkları araştırma sonucunda hastaların kamu hastanelerine göre özel hastanelerde sunulan hizmet kalitesinden daha fazla memnun oldukları şeklinde sonuçlara ulaşmıştır. Ayrıca hastalar, özel hastanelerde hem doktorların sundukları hizmetten memnun olduklarını hem de makul ölçülerde olmak şartıyla fazladan maliyete katlanmaya razı olduklarını ifade etmektedirler. Fabnoun ve Chaker (2003) ise kamu hastanelerinde sunulan hizmet kalitesinden duyulan memnuniyetin özel hastanelerde sunulan hizmetten duyulan memnuniyete göre daha yüksek olduğu şeklinde sonuçlara ulaşmıştır. Araştırmacılar bu durumu hastaların özel hastanelerde sunulan hizmet düzeyine ilişkin daha yüksek beklentiler içinde olmaları ile ilişkilendirmişlerdir. Aynı araştırmada kamu hastaneleri empati, yanıt verebilirlik, güvence ve destekleyici yetenekler açısından daha iyi olarak değerlendirilmiştir. Bu bulguların tersine Sloan vd. (2001) hastane mülkiyet türünün bakım maliyeti ve kalitesi üzerinde herhangi bir olumlu etkide bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır.

SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK TALEBE İLİŞKİN LİTERATÜR

Literatürde sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin çok sayıda çalışma yer almaktadır. Bu bağlamda, öncelikle Dünyada sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin çalışmalar sonrasında ise Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin çalışmalar ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin seçilmiş bazı çalışmalara Tablo 1'de yer verilmektedir.

Tablo 1. Sağlık hizmetlerine yönelik talep analizine ilişkin seçilmiş bazı çalışmalar

Yazarlar	Kapsam	Yöntem	Bulgular
Heller (1982)	Malezya	Logit Model	Gelir düzeyi arttıkça, hane halkları, taleplerini kamu kurumlarından özel sağlık kurumlarına doğru kaydırmaktadırlar.
Hotchkiss (1993)	Filipinler	Karma Çok Durumlu Logit Model	Sağlık kuruluşuna olan uzaklığın artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; sağlık sigortası sahipliği ise talebi artırmaktadır.
Niraula (1994)	Nepal	Lojistik Regresyon Analizi	Hanede yaşayan çocuk sayısındaki artış, eğitim düzeyindeki artış, sağlık kuruluşuna olan yakınlık, sahip olunan evin değerindeki artış ve sağlık kuruluşunda tanıtık çalışanların varlığı, sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; yaşlılık ve hane halkının büyüklüğündeki artış talebi azaltmaktadır.
Akin vd.(1995)	Ogun, Nijerya	Çok Durumlu Probit Model	Sağlık kuruluşunda gerekli olan ilaçların varlığı, sağlık kuruluşunun fiziksel ortamı ve donanımı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırırken; kalitede artış olmaksızın gerçekleşen fiyat artışları talebi azaltıcı yönde etki yapmaktadır.
Li (1996)	Bolivya	Çok Durumlu Logit Model	Yaşlılık, eğitim düzeyindeki artış, servet düzeyindeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır.
Tembon (1996)	Kamerun	Çok Durumlu Logit Model	Sunulan hizmetin kalitesindeki artış ve gelirdeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırırken; muayene için harcanan toplam süredeki artış, hane halkı büyüklüğündeki artış ve sağlık hizmetinin birey açısından maliyetindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmaktadır.
Akin vd. (1998)	Sri Lanka	Karma Çok Durumlu Logit Model	Sağlık kuruluşuna olan uzaklığın ve fiyatın artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; ilaçların bulunabilirliğinin ve sağlık kuruluşunun hafta boyunca açık olduğu sürenin artması talebi artırmaktadır.

Tablo 1. devamı

Frederickx (1998)	Tanzanya	Lojistik Regresyon Analizi	Gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırırken; sağlık kuruluşuna olan uzaklıktaki artış ise talebi azaltmaktadır.
Hotchkiss (1998)	Filipinler	Yuvalanmış Karma Çok Durumlu Logit Model	Sağlık kuruluşunun kalabalık olması, sağlık kuruluşuna olan uzaklıktaki ve özellikle gelir düzeyi düşük bireyler için fiyattaki artış talebi azaltırken; sağlık sigortası sahipliği ise talebi artırmaktadır.
Chawla ve Ellis (2000)	Nijer	Çok Değişkenli Yuvalanmış Logit Model	Yaşlılık sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırırken, fiyatın artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmaktadır.
Dunlop vd.(2000)	Kanada	Çok Değişkenli Lojistik Model	Sigara kullanımı, alkol tüketimi ve fiziksel aktiviteden yoksunluk talep üzerinde önemli bir etki oluşturmazken; eğitim düzeyindeki artış ve bireylerin kentsele alanda yaşamaya sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır.
Glick vd. (2000)	Madagaskar	Yuvalanmış Logit Model	Gelirdeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış ve sağlık kuruluşunda gerekli ilaçların varlığı talebi artırmakta; cinsiyet ve eğitim düzeyi ise talep üzerinde etkili olmamaktadır.
Gupta ve Dasgupta (2002)	Hindistan	Yuvalanmış Çok Durumlu Logit Model	Yaşlılık ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır.
Havemann ve Berg (2002)	Güney Afrika	Çok Durumlu Logit Model	Gelir düzeyindeki ve hastalığın ciddiyetindeki artış ve sağlık sigortası sahipliği özel hastanelere olan talebi artırmakta; yaş ve cinsiyet ise talep üzerinde etkili olmamaktadır.
Mocan vd. (2003)	Çin	Logit Model	Hanedede engelli bireylerin varlığı ve eğitim düzeyi sağlık hizmetlerine yönelik talep üzerinde etkili olmamaktadır.
Sahn vd.(2003)	Tanzanya	İki Düzeyli Yuvalanmış Çok Durumlu Logit Model	Eğitim düzeyinin artması, yaşlılık, doktor ve diğer sağlık personelinin kaliteli ve ulaşılabilir olması, sağlık kuruluşunun fiziki özelliklerinin ve hijyen düzeyinin iyi olması sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır.
Al-Ghanim (2004)	Riyad, Suudi Arabistan	İkili Lojistik Regresyon Analizi	Sağlık sigortası sahipliği, eğitim ve gelir düzeyinin artması, sağlık kuruluşunun açık olduğu sürenin artması, bekleme süresinin azalması ve alanında uzman doktorun varlığı, ayakta tedavi hizmetleri sunan özel sağlık kuruluşlarına yönelik talebi artırmaktadır.
Hanson vd. (2004)	Kıbrıs	Probit Model	Gelir düzeyindeki artış ve kamu hastanelerinde bekleme süresindeki artış özel hastanelere yönelik talebi artırmaktadır.
Gotsadze vd. (2005)	Tiflis, Gürcistan	Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi	Gelir düzeyindeki ve hastalığın ciddiyetindeki artış ve yaşlılık sağlık hizmetine yönelik talebi artırmakta; eğitim düzeyi, cinsiyet ve hane halkının büyüklüğü talep üzerinde etkili olmamaktadır.
Lindelow (2005)	Mozambik	Çok Durumlu Logit Model	Eğitim düzeyindeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış ve yaşlılık sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna ulaşımında harcanan sürenin artması ise talebi azaltmaktadır.
Kamgnia (2006)	Kamerun	İki Düzeyli Yuvalanmış Logit Model	Tedavi için katlanılan maliyetin artması, sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; sağlık kuruluşuna olan yakınlık ise sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır.
Xu vd. (2006)	Vietnam	Çok Durumlu Lojistik Model	Kırsal alanda yaşamak, yaşlılık ve gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır.
Geitona vd. (2007)	Yunanistan	Lojistik Regresyon Analizi	Birey tarafından algılanan sağlık düzeyinin ortalama veya düşük seviyede olması ve yaşlılık sağlık hizmetlerine yönelik talebi artıran unsurlar arasında yer almaktadır.
Abu-Mourad vd. (2008)	Gazze, Filistin	Çoklu Lojistik Regresyon Analizi	Yaşlılık, evli olmak, sigara kullanımı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; hanehalkı büyüklüğünün artması ve birey tarafından sağlığının iyi olarak değerlendirilmesi ise talebi azaltmaktadır.
Amaghionyeodiwe (2008)	Nijerya	Çok Durumlu Logit modeli	Yaşlılık, gelir düzeyinin, eğitim düzeyinin ve sunulan hizmetin kalitesinin artması, sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın ve muayene ücretinin artması ise talebi azaltmaktadır.
Kermani vd. (2008)	İran	Çok Durumlu Logit Model	Gelir düzeyinin artması, yaşlılık ve ev, otomobil vb. sahipliği sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; muayene ücretlerinin ve eğitim düzeyinin artması ise talebi azaltmaktadır.

Tablo 1. devamı

Brown ve Theoharides (2009)	Çin	İki Düzeyli Yuvalanmış Logit Model	Engellilik sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; genç olmak, hanede başka bir hasta bireyin varlığı ve bütçede yiyecek harcamalarına yönelik payın artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; cinsiyet ise talep üzerinde etkili olmamaktadır.
Habibov (2009)	Tacikistan	İki Durumlu Logit Regresyon Analizi	Ödeme gücündeki artış, eğitim düzeyindeki artış, yaşlılık ve kronik hastalığın varlığı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın artması ise talebi azaltmaktadır. Ayrıca, kadınların sağlık hizmetlerine yönelik talebi erkeklere oranla daha fazladır.
Ntembe (2009)	Kamerun	Çok Durumlu Probit Model	Eğitim düzeyindeki, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesindeki ve gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; muayene ücretlerindeki artış ise talebi azaltmakta; yaş ise talep üzerinde etkili olmamaktadır.
Qian vd. (2009)	Gansu, Çin	Karma Çok Durumlu Logit Model	Gelir düzeyindeki artış, hastalığın ciddiyetindeki artış, sigorta sahipliği, kronik hastalığın varlığı ve evli olmak sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın artması ve yaşlılık ise talebi azaltmaktadır.
Girma vd. (2011)	Jimma, Etiyopya	İkili Lojistik Regresyon Analizi	Evli olmak, gelir düzeyinin artması ve sağlık problemlerinin varlığı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; sağlık kuruluşuna olan uzaklığın, ulaşım maliyetlerinin ve muayene ücretlerinin artması ise talebi azaltmaktadır.
Lepine ve Le Nestour (2011)	Senegal	Lojistik Regresyon Analizi	Sağlık sigortası sahipliği, hane halkı reisinin eğitim düzeyindeki artış ve gelir düzeyindeki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; muayene ücretindeki ve sağlık kuruluşuna olan uzaklıktaki artış ise talebi azaltmaktadır.
Muriithi (2013)	Nairobi, Kenya	Çok Durumlu Logit Model	Sağlık kuruluşuna olan uzaklığın ve hizmet kullanım ücretlerinin artması sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmakta; sunulan sağlık hizmetinin kalitesindeki artış, sunulan hizmete duyulan güven, bekleme süresindeki artış, hastanın bilgilendirilmesi, hane halkının büyüklüğündeki ve eğitim düzeyindeki artış ise talebi artırmaktadır.
Liu vd. (2005)	Türkiye	Lojistik Regresyon Analizi	Sağlık sigortası sahipliği, kırsal alanda yaşamak, gelir düzeyindeki artış, sağlık statüsündeki artış ve doğu bölgelerine oranla iç bölgelerde yaşamak sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır.
Şenol vd. (2010)	Kayseri, Türkiye	Çoklu Lojistik Regresyon Analizi	Evli olmak, gelir düzeyindeki artış, sağlık sigortasının bulunmaması, sağlık kuruluşuna olan uzaklığın azalması ve kronik hastalığın varlığı sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır.
Yaylalı vd. (2012)	Erzurum, Türkiye	Logit Model	Gelir düzeyindeki artış, yaşlılık ve ailedeki birey sayısındaki artış sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmaktadır.

HASTANE TERCİHİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Tüm piyasalarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda da sağlık hizmeti tüketicilerinin hizmet alıp almayacağı ve bu hizmeti hangi sunucudan alacağı konusunda bir tercih yapması gerekmektedir. Tercihler genellikle karar vericinin her bir olası alternatif için yüzleşeceği fayda fonksiyonuyla temsil edilmektedir. Kaynakların sınırsız olmayışı ve kısıtların varlığı tüketicileri tercih yapmaya itmektedir (Owumi, Sakiru 2013).

Hastane tercihi, sağlık hizmeti tüketicisinin ya da onun bakımından sorumlu olan kişinin, sağlık kurumu tercihi yapma özgürlüğüne sahip olması durumunda, sağlık kurumları arasında seçim yapmasıdır (Tengilimoğlu, 2001). Bireylerin hastane seçimine etki eden faktörler çeşitlilik göstermekte ve yapılan çeşitli çalışmalarla bu faktörler belirlenmeye çalışılmaktadır.

Sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane tercihine etki eden faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan ilk çalışmalar incelendiğinde, hastaların nadiren hastane performansına ilişkin bir araştırma yaptıkları, bu tür verileri anlamadıkları ya da bu verilere güvenmedikleri ve bunun hastane seçiminde çok küçük bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Elsinga vd. 2010).

Yıllar itibarıyla bu durum değişim göstermiştir. Dünya genelinde birçok ülkede hastanelerin performans göstergelerine ilişkin verilerin daha şeffafhale gelmesiyle birlikte tüketiciler hastaneler arasında daha sağlıklı bir kıyaslama yapabilme imkânına sahip olmuştur. Literatürdeki çalışmalar da tüketicilerin tercih yapmak istediğini ve bunun için de karşılaştırmalı performans verileriyle ilgilendiklerini göstermektedir (Groot vd. 2012). Ancak çoğu Avrupa ülkesinde hastalar aktif bir şekilde sağlık hizmeti sunucularını seçmek için teşvik edilmemektedir. Bununla birlikte hastane tercihi son

zamanlarda Hollanda ve İngiltere gibi birkaç Kuzey Avrupa ülkesinde önem kazanmıştır (Victoor vd. 2012). Örneğin Hollanda'da 2003 yılından itibaren hastane performans göstergelerine ilişkin standart bilgi seti Hollanda Sağlık Müfettişliği (NHI) tarafından sunulmaktadır. Bilgi setine 2005-2006 yılları arasında hastanedeki bakım sürecine, bekleme süresi, hastane sistemine, kişisel ihtiyaçlara uygun donatılmış hasta odaları, sunulan hizmetin sonuçlarına ilişkin veriler de yan etkiye maruz kalmış hasta yüzdesi gibi bilgiler de sisteme dâhil edilmiştir. Bu bilgilere ek olarak hastaneye toplu taşıma araçlarıyla ulaşım, mesafe ve fiziksel erişime ilişkin veriler de entegre edilmiştir (Elsinga vd. 2010). İngiltere'de 2012 yılında çıkarılan Sağlık ve Sosyal Hizmet Yasası ile hastalara seçebileceği hizmetlerin ötesinde herhangi bir nitelikli sunucudan ya da genel uygulayıcılardan hizmet edinebilme hakkı getirilmiştir (Fotaki 2014). ABD'de ise hastaların deneyimlerine ilişkin veri standartları sistematik bir şekilde toplanmaktadır. Sağlık Hizmeti Sunucu ve Sistemlerinin Amerikan Tüketicileri Değerlendirmesi (CAHPS) kuruluşu buna bir örnektir. Bu kuruluş farklı hastanelerde sunulan hizmete ilişkin tüketicilerin hasta bakış açılarını karşılaştırmasına imkân sağlayan verileri toplayıp tasarlamaktadır (Groot vd. 2012).

Hastalara erişilebilir ve maliyet etkili bir sağlık hizmetini sunabilme yeteneği hastane tercihiyle ilişkili faktörlerin iyi anlaşılmasına bağlıdır (Doghaier vd. 2003). Ulusal ve uluslararası literatürde hastaların hastane tercihinin etki eden faktörleri ortaya koymak adına birçok çalışma yapılmıştır.

Bazı çalışmalar belirli bir sağlık hizmeti türü için bazı çalışmalar belirli bir coğrafi bölge için ve bazı çalışmalar da belirli sağlık kurumları için yürütülmüş ve farklı bulgularla sonuçlanmıştır. Tengilimoğlu (2001) hastane seçiminde etkili olan faktörleri araştırdığı çalışmada hizmetin sunulduğu ortamın, teknolojik ekipmanın yeterli olup olmamasının önemli etkenler olduğunu ortaya koymuştur. Özkoç (2013) hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesini uygunluk analizi aracılığıyla gerçekleştirmiştir. Çalışmasının neticesinde gelir seviyesi ve kuruma erişim imkânı en önemli faktörler olarak bulunmuştur. Işık ve arkadaşları (2013) ise yapmış oldukları çalışmada tüketicilerin hastane seçiminde etkili olan faktörlere ilişkin algılamalarını belirlemeyi amaçlamış ve hastanenin temizliği en önemli faktör olarak ortaya çıkarken, hastane seçiminde etkisi en az olan faktör hekim ve hemşirelerin cinsiyeti şeklinde bulunmuştur. Doghaier ve diğerlerinin (2003) yapmış olduğu çalışmada hastane tercihinin etki eden faktörler tıbbi hizmetler, erişim, yönetsel hizmetler, tanınırlık, çevre ve donatılar gibi beş başlık altında toplanmıştır. He (2014) ise yapmış olduğu çalışmada bu faktörleri hastanenin nitelikleri, hastanın değer faktörleri ve bireysel özelliklerin etkisi olmak üzere üç başlıkta incelemiştir. Yine benzer bir çalışmada hastalara direkt

olarak neden kendi yaşadıkları yerden daha uzakta bir sağlık kurumunu tercih ettikleri sorulmuştur ve yanıtların yarısı (%50,6) uzmanlık gerektiren hizmetlerin yoksunluğunu gerekçe olarak göstermiştir (Liu vd. 2007).

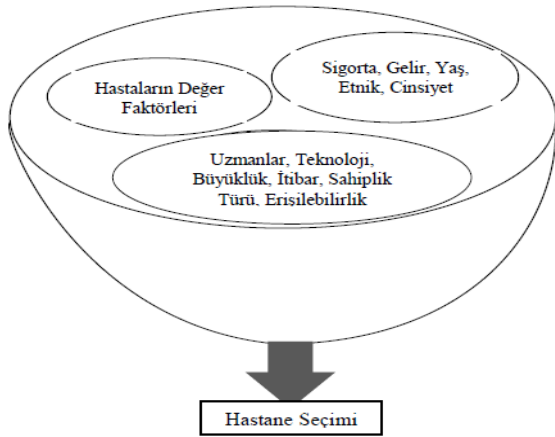
Yapılan tüm bu çalışmalarda elde edilen bulgular demografik değişkenlerle kıyaslanmıştır ancak tamamı için ortak bir payda olacak sonuçlara erişilememiştir. Tüketici olarak hastaların hastane tercihlerinde demografik faktörlerin etkisinin ortaya konulması yoğun rekabet ortamında hastane yöneticilerinin sadece kalitelerini iyileştirerek ve/veya çeşitli kalite belgeleri alarak değil, pazarlama uygulamaları ile de rekabetçi üstünlük sağlamalarına neden olacaktır (Özdemir vd. 2010).

Hastane seçimine etki eden faktörleri,

- Hasta özellikleri (yaş, cinsiyet, ırk, ödeme kaynağı gibi)
- Hastane özellikleri (yatak sayısı, hastanın kaldığı yer ve hastane arasındaki mesafe, sunulan hizmet sayısı, hastanenin diğer sağlık kuruluşlarıyla bağlantıları, hastanenin itibarı ve sahiplik türü gibi) şeklinde iki başlık altında incelemek mümkündür (Özdemir vd. 2010).

Şekil 1'de hastane tercihinin etki eden faktörler gösterilmiştir. Hastanede istihdam edilen uzman sağlık personeli, kurumun kullandığı teknoloji, hastanenin büyüklüğü ve sahiplik türü ile hastalar için erişilebilirliği hastanenin nitelikleri başlığı altında yer almaktadır. Hastanın sigortalı olma durumu, yaşı, cinsiyeti ve etnik kökeni ise bireysel özellikler altında yer almaktadır. Hastanın sosyokültürel durumu ve değer faktörleri bireysel özellikleri ile de etkileşime girerek hastane seçiminde alternatif sağlık kurumlarının özellikleri de dikkate alınarak bir tercih yapılmasını sağlayacaktır. Bu faktörlerin önem sırası her sağlık hizmeti kullanıcısı için aynı değildir. Örneğin karmaşık cerrahi müdahalelerin ya da ileri uzmanlık gerektiren hizmetlerin eksikliğinde hastaların ciddi derecede rahatsız olabileceği vakalar için hastanenin sahip olduğu uzmanların niteliği daha önemli iken acil vakalarda hastanın bulunduğu noktaya en yakın olma özelliği daha önemli bir faktör olabilmektedir.

Hasta güveni, hasta sadakati, hasta bağlılığı ve hasta özdeşleşmesi gibi unsurların beraberinde getirdiği kurum ünü de hastane tercihinin önemli bir rol oynamaktadır. Fobrum ve Bromley'in tanımına göre kurum ünü tüm ortaklar, hissedarlar için değer elde etmekle sonuçlanacak, firmanın yapabildiklerini tanımlayan, firmanın geçmişteki davranışı ve çıktıklarına yönelik toplu bir düşünce, fikir" olarak ifade edilmektedir (Derin, Demirel 2011). Hastanenin tüketicinin zihninde olumlu bir yer edinmiş olması ve kurum ününün yüksek olması onu alternatifleri karşısında bir adım öne çıkaracaktır.



Şekil 1. Hastane Tercihinde Hastanenin Nitelikleri, Hastanın Değer Faktörleri ve Bireysel Özelliklerin Etkisi

Genel hastane bilgisi ve sunulan hizmetin sonuçlarına ilişkin bilgilerin yanı sıra diğer hastaların deneyimlerine ilişkin bilgiler de hastane seçiminde önemli rol oynamaktadır. Tüketiciler akraba ve yakınlarından edindikleri deneyim hikâyeleri neticesinde hastane seçimine karar verebilmektedir (Groot vd. 2012). Ancak tüketicilerin tercihleri her zaman süreklilik göstermeyebilmektedir. Hastaların bir hastaneyi tercih etmesini sağlayan faktörlerin ortadan kalkması durumunda tercihleri değişebilmektedir. Hastalar bazı durumlarda park yeri bulamadıklarından ötürü bile o kurumu ikinci kez tercih edemebilmektedir (Dubey, Sharma 2013). Boscarino ve Stelber (1982) sağlık hizmetleri kullanımında ve hastane seçiminde hastanenin sunduğu hizmetin türünün önemli olduğunu ve seçim kriterlerini “genel hasta hizmetleri”, “özel hasta hizmetleri” ve “acil servis hizmetleri” olmak üzere üç kategoriye ayırarak değişebileceğini ifade etmektedir. Ayrıca araştırmacılar her bir hizmet türü için on iki ölçüt belirlemişlerdir. Her bir hizmet için kullanılan ilk beş faktör şöyledir;

a) Genel Hasta Hizmetleri: (1) Eve yakınlığının uygunluğu, (2) Hekim kullanımı/tavsiye, (3) Geçmiş hastane tecrübesi, (4) Hastane personelini tanıma ve (5) Fiziksel olanakların kalitesi.

b) Özel Hasta Hizmetleri: (1) İyi uzman hekimlerin bulunması, (2) Hekim tavsiyesi, (3) Geçmiş hastane deneyimi, (4) İyi araç-gereç ve teknolojiye sahip olma, (5) Eve yakınlık.

c) Acil Servis Hizmetleri: (1) Eve yakınlık, (2) Geçmiş hastane tecrübesi, (3) Hekim tavsiyesi, (4) Personeli tanıma ve yakınlık, (5) Fiziksel olanaklar ve kalitesi.

Benzer bir araştırmada Boscarino ve Stelber (1982:15-20) sağlık hizmetleri kullanımında ve hastane tercihinde kullanılan kriterleri detaylandırmış ve önem derecesine göre (1) Evin mesafesi, (2) Muayene olduğu doktorun önerisi, (3) Uzman doktor bulunması, (4) Modern

ekipman ve teknolojiye sahip olma, (5) Bina, tesisat ve araçların kalitesi, (6) Hastane personelini tanıma veya onlardan memnun olma, (7) Geçmiş tecrübe, (8) Fiyatın ucuz olması, (9) Hastanenin kapasitesi ve (10) Dini ilişki ve yakınlık olduğu tespit edilmiştir.

Çatı ve arkadaşları (2012) sağlık hizmetleri kullanımını ve hastane tercihini etkileyen faktörleri fiziksel ve davranışsal olmak üzere ikiye ayırarak yaptıkları çalışmada şu kriterler incelenerek sağlık hizmetleri açısından önemine değinilmiştir; muayene ve diğer hizmetlerin fiyatları, hastanenin sunmuş olduğu hizmetlerin çeşitliği, ihtiyaç duyulduğunda personele kolayca ulaşılabilmesi, ulaşım kolaylığı, hizmetlerden yararlanma kolaylığı, kullanılan tıbbi cihazların hasta ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde modern olması, yakınların tavsiyesi, hastanede tanıdık insanların olması, hastanenin güvenilir bir kurum olması, hizmetlerin hızlı olması, alanında uzman doktorların bulunması ve randevu sisteminin işleyişi gibi unsurlar önemsenmektedir.

SONUÇ

Bireylerin sağlık hizmetini kullanımını etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurlar çerçevesinde kişilerin sağlık hizmetini kullanım sıklığı ve sağlık hizmeti türü değişebilmektedir. Bunların belirleyicilerinden birisi de sağlık hizmetine duyulan ihtiyaçtır. Hastalıklar hafif, orta ve ağır şiddetli olarak gruplandırıldığında her bir kategorinin sağlık hizmeti kullanımına yönelik farklı sonuçlar ortaya çıkaracağı düşünülmektedir.

Araştırmalara göre, hastalık şiddeti algısı, sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir. Sağlık hizmetleri kullanımında zaman, tıbbi donanım ve hastane personeli faktörleri bütün hastalık şiddeti kategorilerinde önemliyken, hastalık şiddeti arttıkça önem dereceleri daha da artmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sigortalı olma ve maliyetlere katlanma faktörünün hastalık şiddeti arttıkça önemi azalmaktadır. Ulaşım faktörünün hastalık şiddetlerine göre önemi değişirken, geleneksel tedavi tercihinin hastalık şiddeti arttıkça önemi azalmaktadır. Ayrıca hafif şiddetli hastalıklarda bireyler daha çok aile hekimliğine tercih ederken, ağır şiddetli hastalıklarda üniversite hastanesini tercih etmektedirler. Bireyler; özellikle ağır şiddetli hastalıklarda, tedavileri için gidecekleri hekimi araştırıp tercihlerini bu doğrultuda yapmakta ve il dışındaki sağlık kurumunu ve hekimi tercih edebilmektedir.

Sağlık sorunu ile karşılaşıldığında Devlet Hastanesi-Üniversite Hastanesi yerine Özel Hastane-Poliklinik-Muayenehaneyi tercih etme olasılığı; hanedeki birey sayısı dört kişiye kadar olan, başvuru sonrasında tedavi olana kadar 30-60 dakika aralığında süre geçiren, sağlık durumu orta düzeyde olan ve tedavi

ücretlerinin ilk tercihini etkilemeyen bireylerde daha fazladır. Genel olarak bireyler sağlık hizmetleri kullanımında işlemlerin zamanında ve hızlı olmasını önemsemektedirler. Ayrıca hastalık şiddeti arttıkça bu önem daha da fazlalaşmaktadır.

Yapılan çalışmada sigorta ve maliyet faktörü sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetleri kullanımında hizmetlerin düşük maliyette olması, sigorta kapsamında ve alınan katkı payının düşük olması üç hastalık kategorisinde de oldukça önemli görülmektedir. Diğer yandan sağlık hizmetleri kullanımında sigorta dışında cepten ödemelerin olması, alınacak hizmet için her türlü maliyete katlanabilme ve beklenmeyen maliyetlerin çıkması üç hastalık şiddetine göre öneminin hafiften ağıra doğru azaldığını göstermektedir. Bu ise bireylerin hastalık şiddeti arttıkça hastalığını maliyetten daha fazla önemseydiğini göstermiş, hastalık birincil önemdeyken maliyet ikincil önemde kalmıştır.

Diğer yandan tıbbi donanım boyutu katılımcılar tarafından üç hastalık şiddeti için de oldukça önemsenmektedir. Sağlık hizmetleri alınacak kurumun her türlü sağlık hizmetini verebilecek büyüklükte ve yeterlilikte olması, kullanılan tıbbi cihazların beklentileri karşılayacak düzeyde olması ve hizmet veren kurumun imajının iyi olması üç hastalık şiddeti kategorisinde de önemsenmektedir. Ancak hastalık şiddeti arttıkça önem derecesi de artmaktadır. Yani bireylerin; hafif şiddetli hastalıklarda kurumun büyüklüğünü, yeterliliğini, tıbbi donanımını, otopark hizmetleri ve imajını ağır şiddetli hastalıklara göre daha az önemsedikleri söylenebilir. Ayrıca aynı boyutta olan alınan hizmetlerde kurumun fiziksel mekânının güvenli, konforlu ve hijyenik olması ifadesinin üç hastalık kategorisinde de yüksek derece önemli olduğu görülmüştür.

Ulaşım boyutuna bakıldığında, sağlık hizmetleri kullanımında hizmet alınan kurumun ulaşımının kolay olması ve bireylerin evine ve işyerine yakın olması önemliyken hastalık şiddetine göre önemi azalmaktadır. Nedeninin ise bireylerin hastalık şiddeti arttıkça bu duruma daha fazla katlanabilmeleri ve daha çok hastalığın ön planda tutularak ulaşım ve yakınlığın etkisinin azalması olduğu söylenebilir. Son olarak araştırmada elde edilen bulgulardan ve diğer araştırma sonuçlarından sağlık hizmetleri kullanımında hastane tercihini etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir: Hastalığın şiddeti, ulaşım, zaman, sigorta ve hizmetlerin maliyeti, hastane personelinin tutum ve davranışları, tıbbi donanım ve araç gereçlerin modern olması, hizmetlerin hızlı ve güvenli bir şekilde olması, hizmet alınan kurumun iç ve dış koşulların yeterli ve kaliteli olması, Kurumda alanında tanınmış ve uzman hekimlerin bulunması, hizmetlerin hızlı, güvenli ve düşük ücrette olmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Varinli, İ., Çakır A.(2004). "Hizmet Kalitesi, Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyetler Arasındaki İlişki Kayseri'de Poliklinik Hastalarına Yönelik Bir Araştırma", Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17 (2): 32-52.
2. Adaman, F., Ardiç, O. P., Erus, B., & Tüzemen, D. (2009). Hospital choice survey evidence from Turkey. Turkish Studies, 10(3), 443-468.
3. Fabnoun N., & Chaker M. (2003). Comparing the quality of public and public hospitals, Managing Service Quality, 13(4), 209-299.
4. Srivastava, P., & Zhao, X. (2008). Impact of private health insurance on the choice of public versus private hospital services, health econometrics and data group (HEDG). Working Paper, 08/17, 1-40.
5. Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. Leadership In Health Services, 19(2), 1-10.
6. Camilleri, D., & O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. International Journal of Health Care Quality, 11(4), 127-133.
7. Andaleeb, S. S. (2000). Public and private hospitals in Bangladesh: Service quality and predictors of hospital choice. Health Policy and Planning, 15(1), 95-102.
8. Sloan, F. A., Picone, G. A., Taylor, D. H. & Chou, S. Y. (2001). Hospital ownership and cost and quality of care: Is there a dime's worth of difference?. Journal of Health Economics, 20(1), 1-21.
9. Kılıç, D. ve Çalışkan, Z., (2013), "Sağlık Hizmetleri Kullanımı Ve Davranışsal Model", Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 2(2): 192-206.
10. Aday, L. A. and Andersen, R. M. (1981), "Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview", Medical Care, 19(12): 4-27.
11. Andersen, R., (1968), "Behavioral Model of Families' Use of Health Services" Research Series Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 25, Chicago.
12. Andersen, R., and Newman, J. F., (1973), "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States", The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society, 95-124.
13. Andersen, R. and Newman, J. F., (2005), "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in The United States", Milbank Quarterly, 83(4): 1-28.
14. Andersen, R. and Aday, L. A. (1978), "Access to Medical Care in the US: Realized and Potential", Medical Care, 16(7): 533-546.
15. Andersen, R. M., (1995), "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?", Journal of Health and Social Behavior, 36(1): 1-10.
16. Dubey P. ve Sharma S. K. (2013) Factors Affecting Choice of Hospital Services in Bilaspur City. International Monthly Refereed Journal of Research in Management & Technology 73(2): 98-104.
17. Erdem, R. ve Piriñçi, E., (2003), "Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler", O. M. Ü. Tıp Dergisi, 20(1): 39-46.
18. Şenol V., (2006), Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İlişkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
19. Rebhan, D. P., (2011), "Health Care Utilization: Understanding and Applying Theories and Models of Health Care Seeking Behavior", Case Western Reserve University, 1-19.
20. Thompson, H. S., Littles, M., Jacob, S. and Coker, C., (2006), "Posttreatment Breast Cancer Surveillance and Follow-Up Care Experiences of Breast Cancer Survivors of African Descent: An Exploratory Qualitative Study", Cancer Nursing, 29(6): 478-487.

21. Hoerster, K. D., Mayer, J. A., Gabbard, S., Kronick, R. G., Roesch, S. C., Malcarne, V. L. and Zuniga, M. L., (2011), "Impact of Individual Environmental and Policy Level Factors on Health Care Utilization Among US Farmworkers" *American Journal of Public Health*, 101(4): 685-692.
22. Kısa A., (2002), "Sağlık Hizmetleri Kullanımını Etkileyen Faktörler", N. Uzkeskici (Ed), Sağlık Kurumları Yönetimi, (1-20), 1. Baskı, Eskişehir: TC Anadolu Üniversitesi Yayını.
23. Hodgins, M. J. and Wuest, J., (2007), "Uncovering Factors Affecting Use of the Emergency Department for Less Urgent Health Problems in Urban and Rural Areas", *Canadian Journal of Nursing Research*, 39(3): 78-102.
24. Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
25. Top, M., (1998), *Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesi: Gebe Kadınların Algıladıkları Sağlık İhtiyaçları Üzerine Bir Araştırma*, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Ankara.
26. Çelik, Y., (2011), *Sağlık Ekonomisi*, 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
27. Tengilimoğlu, D. (2001), "Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması", *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1): 1-13.
28. Boscarino, J., and Stelber, S. R. (1982), "Hospital Shopping and Vonsumer Choice" *Journal of Health Care Marketing*, 2(2): 15-23.
29. Çatı, K., Bilgin Y. ve Yalman F., (2012), "Hastane Tercihlerinde Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Düzce Örneği", içinde, R. Erdem, R. Çelik, E Akkaş ve N. Bardak, (Ed), 6. Hastane ve Sağlık İdaresi Kongresi (ss 99-104), Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi.
30. Altay, A. (2007, Ocak-Mart). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
31. Ünal, E. (2011, Eylül). Sağlık ekonomisi., M. Ateş (Editör). Sağlık işletmeciliği. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
32. Hodgson, G. M. (2008, March). An institutional and evolutionary perspective on health economics. *Cambridge Journal of Economics*, 32(2), 235-256.
33. Jack, W. (1999, October). Principles of health economics for developing countries. United States of America: The World Bank Institute Development Studies, 144.
34. Mutlu, A., Işık, A. K. (2012, Ekim). Sağlık Ekonomisine Giriş (Üçüncü basım). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
35. Yıldırım, H. H., (1999, Mart). Piyasa, sağlık bakımı ve piyasa başarısızlıkları. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(1), 1-11.
36. Santerre, R. E. and Neun, S. P. (2010). *Health economics: theory, insights, and industry studies* (Fifth edition). United States of America: South-Western Cengage Learning.
37. Henderson, J. W. (2005). *Health economics and policy* (Third edition). Minnesota: South-Western Thomson.
38. Jacobs, P. (1991). *The economics of health and medical care* (Third edition). United States of America: Aspen Publishers.
39. Jacobs, P. and Rapoport, J. (2004). *The economics of health and medical care* (Fifth edition). United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
40. Dewar, D. M. (2010). *Essentials of health economics*. United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
41. Getzen, T. E. (2007). *Health Economics and Financing* (Third edition). United States of America: John Wiley and Sons Inc.
42. Folland, S., Goodman, A. C. and Stano, M. (2007). *The Economics of health and health care*. (Fifth Edition). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
43. Tembon, A. C. (1996, January). Health care provider choice: the north west province of Cameroon. *International Journal of Health Planning and Management*, 11(1), 53-67.
44. Muriithi, M. K. (2013, March). The determinants of health-seeking behavior in a Nairobi Slum, Kenya. *European Scientific Journal*, 9(8), 151-164.
45. Feldstein, P. J. (2005). *Health care economics* (Sixth edition). United States of America: Thomson Delmar Learning.
46. Owumi B. and Sakiru R. (2013) Rational Choice Theory and the Choice of Healthcare Services in the Treatment of Malaria in Nigeria. *Journal of Sociological Research* 4(1): 110-123.
47. Elsinga J. D., Otten W., Versluis M. M., Smeets H. J. ve Kievit J. (2010) Choosing a Hospital for Surgery: The Importance of Information on Quality of Care. *Medical Decision Making* 30(1): 544-555.
48. Groot J. B., Otten W., Elsinga J. D., Kievit J. and Mheen P. J. (2012) Choosing Between Hospitals: The Influence of the Experiences of Other Patients. *Medical Decision Making* 32(6): 764-778.
49. Victoor A., Delnoij D., Friele R. D. and Rademakers J. (2012) Determinants of Patient Choice of Healthcare Providers: A Scoping Review. *BMC Health Services Research* 12(272): 1-16.
50. Doghaier A. H., Abdelrhman B. M., Saeed A. A. ve Magzoub M. E. (2003) Factors Influencing Patient Choice of Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health* 123(2): 105-109.
51. Özkoç H. (2013) Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi ve Nested Logit Model. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 15(2): 267-280.
52. He X. (2011) Factors Affecting Rural Kentucky Patients Hospital Choice and Bypass Behavior. *University of Kentucky Master's Theses*,
53. Liu J. J., Bellamy G. R. ve McCormick M. (2007) Patient Bypass Behavior and Critical Access Hospitals: Implications for Patient Retention. *Journal of Rural Health* 23(1): 17-24.
54. Özdemir E., Kılıç S. ve Aydın Z. B. (2010) Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 29(1): 1-27.